

MICHELLE LUJAN GRISHAM
GOVERNOR



KATHYLEEN M. KUNKEL
CABINET SECRETARY

COVID-19 NON-CONGREGATE SHELTER INTAKE GUIDE

UPDATED: APRIL 21, 2020

Purpose: To protect public health and slow the spread of COVID-19. These sites provide a safe place for those who are sick with or exposed to COVID-19 to safely self-isolate. These are individuals who may not have a home, cannot practice self-isolation from others in their home, or those who live with someone vulnerable to COVID-19. Referral only through collaboration between public health and clinicians.

Level of care: Low-acuity and are able to provide themselves with self-care. These sites will have limited medical staff availability for monitoring and medical emergencies.

Steps for Admission to Hotel for Isolation and Quarantine (See Flow Chart on Page 28)

1. Individual can be referred to a non-congregate site through a medical provider who will contact local emergency manager. No self-referrals. (see attached list of statewide emergency managers)
 - If no medical provider or local emergency manager is available, proceed to step 2 and contact ESF6 at **833-415-0495**
2. Medical Provider or local Emergency Manager (EM) to contact ESF6 at State Emergency Operating Center, to locate Shelter and Transport.
 - 24/7 call line **833-415-0495** for Medical Provider or Emergency Manager use only (not for public use)
 - If patient is going to an Albuquerque site, contact ABQ ESF6 directly at **(505) 244-8636**.
 - If patient is a tribal member going to Buffalo Thunder, ESF6 will make direct contact with onsite provider at Buffalo Thunder.
3. Medical Clearance¹ by Medical Provider; completes Referral Form (page6)
 - If medical provider does not have access to referral form, let ESF6 know.
4. Transportation: Patient should self-transport. If patient cannot self-transport, let ESF6 know. ESF6 will need to know how many need transportation. If patient is unable to self-transport because they are not feeling well, they should let medical provider know and should not go to non-congregate site.
 - If patient is being transported, they should give referral form to driver.
5. If patient is a tribal member going to Buffalo Thunder site, ESF6 must provide Buffalo Thunder EM with information from Buffalo Thunder "Procedure and Requirements" form (see attached)
 - ESF6 must follow Buffalo Thunder site procedures (see attached)
6. Patient must wear face masks during transport and until in room.
7. Check-in hours for non-congregate site are from 10 am – 6 pm₂
8. Medical Reserve Corps (MRC) volunteer or medical personnel to greet resident at arrival to perform initial basic evaluation
 - Receives Referral form or medical clearance
 - Completes Intake form (p. 7 and 8)
 - Patient Consent form signed – here on my own will and aware no medical care provided on premises. (p. 20-27)
9. Isolation Packet to be given to resident upon arrival: Antipyretics, Water and Thermometers.

10. Flyer handed out to provide instructions on illness progression, isolation precautions, what to watch out for and who to call if symptoms worsen. (p.13)
 11. Collaborate with community volunteers to help be on call 24/7 for any needs (i.e., patient asking for snacks, picking up medication from pharmacy, medical questions, etc.).
 - Have Registered Nurse (RN) or Medical Doctor (MD) advice on call for community volunteers to reach out to if needed for any medical questions. Consider providing information about the NMConnect App, available for [iPhone](#) and [Android](#) to connect to mental health professionals.
 12. Arrange algorithm for when it's safe to discharge patients from motel (based on symptoms, test results, exposure, etc.). (p. 5) Contact ESF6 if discharge support is needed at **833-415-0495**.
 13. Have MD/RN/SW/case managers call patients daily to check in with symptoms, provide testing results, arrange discharge, with MD available for consultation.
 14. Tracking system on-line by ESF6 and by local MRC or onsite medical personnel
-

¹ Mild illness: lack of supplemental O2 requirement, no significant underlying medical problems and able to care for themselves

² Exceptions permitted for emergencies seeking shelter.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

DOH-provided Isolation/Quarantine
due to COVID-19
Intake and Discharge Criteria

Intake Criteria:

Individuals may qualify for temporary accommodations if:

- They have tested positive for COVID-19 but are not experiencing symptoms

OR

- They have been in contact with someone who tested positive or was hospitalized for COVID-19

AND

(Meet the following 3 criteria)

1. They are unable to self-isolate at home due to:
 - a. Living in a congregate setting
 - b. Crowded conditions
 - c. Household members at high risk (eg, chronically ill, immunosuppressed)
 - d. Homelessness
2. They are able to take care of their own daily needs and medical care*
3. They are at least 18 years of age or are an emancipated minor OR are accompanied by a parent or legal guardian.

*This point is important, because the temporary Isolation/Quarantine (I/Q) facilities do not have sufficient numbers of trained staff to provide for medical/nursing needs. Therefore, the shelters are **unable** to:

- Support individuals with moderate to severe COVID-19 illness
- Provide prescription medications
- Manage exacerbations of preexisting conditions (eg, COPD, heart failure, diabetes)
- Administer intravenous hydration or tube feeds
- Perform laboratory testing
- Perform wound care

PUBLIC HEALTH DIVISION

1190 St. Francis Dr., Suite 1050 • P.O. Box 26110 • Santa Fe, New Mexico • 87502
(505) 827-2389 • FAX: (505) 827-2329 • www.nmhealth.org



Discharge Criteria¹:

1. Non-test-based strategy.
 - At least 3 days (72 hours) have passed *since recovery* defined as resolution of fever without the use of fever-reducing medications **and**
 - improvement in respiratory symptoms (e.g., cough, shortness of breath); **and**
 - At least 7 days have passed *since symptoms first appeared*
2. Test-based strategy.
 - Resolution of fever without the use of fever-reducing medications **and**
 - Improvement in respiratory symptoms (e.g., cough, shortness of breath), **and**
 - Negative results of repeat COVID-19 test

When a Testing-Based Strategy is Preferred

A test-based strategy is preferred for discontinuation of transmission-based precautions for patients who are being transferred back to a congregate setting (e.g., nursing home or homeless shelter.)

If testing is not readily available, facilities should use the non-test-based strategy for discontinuation of Transmission-Based Precautions or extend the period of isolation beyond the non-test-based-strategy duration, on a case by case basis in consultation with local and state public health authorities.

Recall that:

- I/Q is voluntary. Therefore, individuals are free to leave to tend to personal or family emergencies.
- The shelter reserves the right to evict individuals who are behaving in a manner that threatens the health and safety of others.
- If discharging an individual from a tribal community, it is recommended to contact tribal liaison (see contacts in emergency manager list) to update.

¹ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>

Medical Referral Form for Non-Congregate Site

(to be filled-out by medical provider)

DATE: _____ TIME: _____

PATIENT NAME: _____ DOB: _____

REFERRING TO: _____

Room #: _____

REFERRING PROVIDER: _____

PURPOSE OF REFERRAL: __Hotel room for individual needing Isolation or Quarantine_____

Referral Guidance

Patient needs to be:

1. Independent with their activities of daily living
2. Not requiring acute medical care
3. Not under the influence of alcohol or substances
4. Unlikely to withdraw from alcohol or other substance

Process for Tribal members for referral to Buffalo Thunder for self-isolation:

1. Contact ESF6 **833-415-0495**. Tell them you are requesting room and transportation (if patient cannot self-transport) for a patient from a tribal community.
2. Inform ESF6 if patient is PUI or COVID-19 test positive (needed for proper room placement)
3. ESF6 will connect directly coordinate with onsite provider at Buffalo Thunder.

Thank you for your care and collaboration during this difficult time for our community!

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

COVID19 Isolation/Quarantine Intake Form

To be filled-out by MRC or medical staff once patient has arrived at non-congregate site

Date: _____ Time: _____		Client name: _____	Emergency contact: _____
Location: _____		DOB: _____ Age: _____	Relationship: _____
Meets qualifying criteria for I&Q: No Yes		Male/Female/Transgender _____	Emergency contact phone#: _____
<input type="checkbox"/> Known exposure		Phone number: _____	
OR		Address: _____	Primary care provider: _____
<input type="checkbox"/> Positive COVID19 test			Clinic/facility: _____
AND		Tribal affiliation: _____	
<input type="checkbox"/> Unable to self-isolate at home		Preferred language: _____	Pets _____
AND		Religious affiliation: _____	<input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> Does not need assistance with Activities of Daily Living		Language Access Needs: _____	<input type="checkbox"/> Arrangements already made for care
<input type="checkbox"/> Does not require medical care		Smoker: No Yes	<input type="checkbox"/> Need arrangements for care
		Allergies: _____	
Symptomatic? No Yes		Medical conditions: _____	Medications: _____
Date of Sx onset: _____			
<input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Shortness of Breath			
<input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Diarrhea			
Other (specify): _____			
		Comments: _____	Medical devices (e.g., glucometer, BP monitor): _____
COVID testing performed: No Yes			
Date: _____	Location: _____	Disability/ADA Needs: _____	
Result: Negative Positive Unknown			

Travel: No Yes		Intake checklist:
Location:		<input type="checkbox"/> Intake form completed/signed
Dates:		<input type="checkbox"/> Consent forms signed
		<input type="checkbox"/> Info packet received
COVID testing recommended: No Yes		<input type="checkbox"/> Patient brought home medications
		<input type="checkbox"/> Patient brought necessary monitoring
Interviewer:		Equipment (eg, glucose monitor w/ strips)
Signature:	Client Signature:	
Date:	Date:	

COVID-19 PATIENT TRACKING FORM FOR USE BY LOCAL EMERGENCY MANAGER

Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials
Name	DOB	Date of entry	DC or Transfer to:	Receiving contact info (if applicable)	DOH Initials
Address or Tribal affiliation		Referral agency	DC or Transfer date:		Client initials

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

General Information for Individuals Requiring DOH-provided Isolation/Quarantine due to COVID-19

- This hotel room is temporarily provided for the purpose of isolation/quarantine.
- To prevent spread and infection to others, please stay in room throughout your stay.
- If must leave room, wear mask at all times.
- Self-isolation/quarantine is optional and voluntary.
- You may qualify for temporary accommodations if:
 - You have been in contact with someone who tested positive or was hospitalized for COVID-19 and are awaiting a COVID-19 test.
 - OR
 - You have tested positive for COVID-19 but are experiencing mild symptoms or none at all
 - AND
 - You are unable to self-isolate at home
 - AND
 - You are able to take care of your own daily needs and medical care.

Those individuals who choose to accept these temporary accommodations for the purpose of self-isolation/quarantine should make the following preparations:

- Notify your emergency contact of your plans.
- Secure your household or personal belongings.
- Arrange for care of any pets or other dependent animals, as pets may not be allowed, depending on the facility.
- Bring the following items with you to the hotel/facility:
 - ID
 - Cell phone and charger if available
 - All home medications, medical devices, or other necessary items

Individuals who choose to stay at the hotel/facility should expect to vacate the hotel/facility under any of the following circumstances

- They have fulfilled the recommended duration of self-isolation/quarantine
- They become ill and need to be transferred to a hospital or other facility where medical care is available
- They are deemed unsafe to staff or other guests
- They choose to leave for personal reasons. In this case, they acknowledge that they may be contagious and may be able to infect other people

PUBLIC HEALTH DIVISION

1190 St. Francis Dr., Suite 1050 • P.O. Box 26110 • Santa Fe, New Mexico • 87502
(505) 827-2389 • FAX: (505) 827-2329 • www.nmhealth.org



Staff: Admissions/Registration Checklist

- ☐ Wear PPE appropriate for situation.
- ☐ On arrival, ensure appropriate facial covering for resident.
- ☐ Perform triage and admission evaluation in a secure location with appropriate privacy.
 - Not suitable for admission:
 - Require a higher level of care than the shelter can provide.
 - Medical condition for which the facility cannot provide services, where failure to provide the service may result in severe illness or patient's death.
 - Special attention will be paid to any individuals appearing ill, who report a need to be seen by a healthcare provider, who are pregnant, or are children <12 years of age.
- ☐ Complete the necessary consent and privacy practice documentation (General Consent, Privacy Notification)
- ☐ Document evaluation and disposition:
 - If well, individuals may proceed to check-in for assignment to a room in an appropriate area.
 - If mild illness is identified, individuals may be counseled on comfort measures - medical staff may be consulted if in doubt, especially for children.
 - If moderate-severe illness is identified or suspected, refer to an alternate care site or EMS, Enter into Register (logbook)
- ☐ Provide Contact List
- ☐ Check in according to hotel processes
 - Provide room in a designated area based on status (uninfected, asymptomatic infected, symptomatic)
 - Receive basic orientation to hotel
 - Address service charges (e.g., movies, mini-bar, room-service)
 - Toiletries (e.g., toothbrush, razor, etc.) as needed
- ☐ Orient regarding:
 - Purpose of stay
 - Routine evaluations
 - Contact information (front desk) in case of needs, medical evaluation
 - NMDOH information on COVID-19, including isolation/quarantine – available in English and Spanish at <https://cv.nmhealth.org/about-covid-19/> Infection control processes, including need for face covering and hand hygiene
 - Any rules related to smoking on site
 - Residents should be informed about what they can do to reduce the chance that they will become infected, the common signs and symptoms of illness, and how to monitor themselves for illness.
- ☐ Residents should be told how to report an illness to health authorities and receive further instructions about medical care.
- ☐ Active monitoring: visit or make telephone contact as appropriate (twice daily) to check and record residents' health status, including compliance with isolation/quarantine.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Resident Information

Situation:

Phone Number:

You believe you may have a fever.	MRC Volunteer
You develop cough or other mild symptoms	MRC Volunteer
You develop concerning symptoms (difficulty breathing, fainting, chest pain, vomiting or severe diarrhea)	Call 911
There is a maintenance problem (for example, leaky faucet, burned out lightbulb, room key doesn't work)	Main Desk: _____
You need linens or basic toiletries	Main Desk:
You have general questions about isolation/quarantine	MRC Volunteer

Hotel Isolation for Suspected and Confirmed COVID 19 Individuals who have only mild symptoms and can care for themselves who are unable to self-isolate at home

The New Mexico Department of Health, using U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) guidelines, has determined that you should practice self-isolation and self-monitoring in order to protect yourself and your community from COVID-19 (novel coronavirus). For more details, please refer to CDC's Interim Guidance for Preventing [the Spread of Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) in Homes and Residential Communities](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-prevent-spread.html) (www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-prevent-spread.html).

Self-Isolation



Stay in your hotel room. As much as possible, you should stay in a specific room and away from other people.



Wash your hands often with soap and water for at least 20 seconds or use an alcohol-based hand sanitizer containing 60% to 95% alcohol. Avoid touching your face with unwashed hands.



Wear a facemask if you need to be around other people and cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze.

Self-Monitoring



Watch for worsening symptoms, shortness of breath, or difficulty breathing.

If you need medical care, contact your on-call Medical Staff at _____. If you need emergency medical attention during this time, call 911 and let them know you are being tested or are positive for COVID-19.



Test-Results

If **positive** result, someone from New Mexico Department of Health will contact you as soon as the result is known.

Due to increased testing within the state, results may take anywhere from 1-4 days.

If you have any questions, please contact your health care provider or call the *Coronavirus Hotline* at 1-855-600-3453

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

CHECKLIST FOR INDIVIDUALS GOING TO ISOLATION SITE:

IDENTIFICATION / PAPERWORK-

- Photo ID
- Insurance and/or Medicare cards
- Prescribed Medications and over-the-counter medications that you are currently taking
- A copy of advance health care directives, such as durable power of attorney (sometimes known as medical power of attorney) for health care and living will
- A personal health record that includes information such as allergies, health conditions, immunization record and reports of recent tests or physical exams
- A list of telephone numbers of family and friends to be contacted as needed

To avoid misplacing any of the important paperwork and information—keep it all together in one folder.

CLOTHING/FOOTWEAR -

- Comfortable Clothing (include sleepwear)
- Shoes/Sneakers/Slippers

HYGIENE/TOILETRIES-

- Toothbrush, toothpaste, dental floss
- Deodorant
- Soap, shampoo, conditioner
- Feminine hygiene
- Makeup, makeup remover
- Shaving supplies
- Skin products
- Brush, comb, hair products
- Nail supplies/tweezers
- Glasses, contact lenses, supplies
- Containers for contacts/dentures

OTHER-

- Cellular phone + charger
- Laptop/iPad/E-Reader + charger(s)
- Books/Magazines/Cards
- Pen/Paper
- Snacks/Drinks

SHARE FACTS ABOUT COVID-19

Know the facts about coronavirus disease 2019 (COVID-19) and help stop the spread of rumors.

**FACT
1**

Diseases can make anyone sick regardless of their race or ethnicity.

Fear and anxiety about COVID-19 can cause people to avoid or reject others even though they are not at risk for spreading the virus.

**FACT
2**

For most people, the immediate risk of becoming seriously ill from the virus that causes COVID-19 is thought to be low.

Older adults and people of any age who have serious underlying medical conditions may be at higher risk for more serious complications from COVID-19.

**FACT
3**

Someone who has completed quarantine or has been released from isolation does not pose a risk of infection to other people.

For up-to-date information, visit CDC's coronavirus disease 2019 web page.



CS170466-A 02/16/2020

NEW MEXICO
DEPARTMENT OF
HEALTH

**FACT
4**

There are simple things you can do to help keep yourself and others healthy.

- Wash your hands often with soap and water for at least 20 seconds, especially after blowing your nose, coughing, or sneezing; going to the bathroom; and before eating or preparing food.
- Avoid touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands.
- Stay home when you are sick.
- Cover your cough or sneeze with a tissue, then throw the tissue in the trash.

**FACT
5**

You can help stop COVID-19 by knowing the signs and symptoms:

- Fever
 - Cough
 - Shortness of breath
- Seek medical advice if you

- Develop symptoms

AND

- Have been in close contact with a person known to have COVID-19 or if you live in or have recently been in an area with ongoing spread of COVID-19.

cdc.gov/COVID-19

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

COMPARTA LA INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19

Infórmese sobre la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) y ayude a detener los rumores.

DATO
1

Las enfermedades pueden afectar a cualquier persona, sin importar su raza o grupo étnico.

El miedo y la ansiedad relacionados con el COVID-19 pueden provocar que la gente evite o rechace a otras personas aun cuando no estén en riesgo de propagar el virus.

DATO
2

Para la mayoría de las personas, se piensa que el riesgo inmediato de enfermarse gravemente por el virus que causa el COVID-19 es bajo.

Los adultos mayores y las personas de cualquier edad que tengan afecciones graves subyacentes podrían tener un mayor riesgo de presentar complicaciones más graves a causa del COVID-19.

DATO
3

Alguien que haya completado el periodo de cuarentena o que ya salió del aislamiento no presenta un riesgo de infección para las demás personas.

Para obtener información actualizada, visite la página web de los CDC sobre la enfermedad del coronavirus 2019.



CS151946-8 03/18/2020

NEW MEXICO
DEPARTMENT OF
HEALTH

DATO
4

Hay cosas simples que puede hacer para ayudar a que usted y los demás se mantengan sanos.

- Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos, especialmente después de sonarse la nariz, toser o estornudar; después de ir al baño; y antes de comer o preparar la comida.
- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.
- Quédese en casa si está enfermo.
- Cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y luego bótelos a la basura.

DATO
5

Usted puede ayudar a detener el COVID-19 conociendo los signos y los síntomas:

- Fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar

Consulte a un médico si le ocurre lo siguiente:

- Tiene síntomas

Y

- Ha estado en contacto cercano con una persona que se sepa que tiene el COVID-19, o si usted vive o ha estado recientemente en un área con propagación en curso del COVID-19.

cdc.gov/COVID-19-es

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Steps to help prevent the spread of COVID-19 if you are sick

FOLLOW THE STEPS BELOW: If you are sick with COVID-19 or think you might have COVID-19, follow the steps below to help protect other people in your home and community.

Stay home except to get medical care

- **Stay home:** Most people with COVID-19 have mild illness and are able to recover at home without medical care. Do not leave your home, except to get medical care. Do not visit public areas.
- **Stay in touch with your doctor:** Call before you get medical care. Be sure to get care if you have trouble breathing, or have any other emergency warning signs, or if you think it is an emergency.
- **Avoid public transportation:** Avoid using public transportation, ride-sharing, or taxis.



Separate yourself from other people in your home, this is known as home isolation

- **Stay away from others:** As much as possible, stay away from others. You should stay in a specific "sick room" if possible, and away from other people in your home. Use a separate bathroom, if available.
 - See COVID-19 and Animals if you have questions about pets. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html#COVID19animals>



Call ahead before visiting your doctor

- **Call ahead:** Many medical visits for routine care are being postponed or done by phone or telemedicine.
- If you have a medical appointment that cannot be postponed, call your doctor's office, and tell them you have or may have COVID-19. This will help the office protect themselves and other patients.



If you are sick wear a facemask in the following situations, if available.

- **If you are sick:** You should wear a facemask, if available, when you are around other people (including before you enter a healthcare provider's office).



- **If you are caring for others:** If the person who is sick is not able to wear a facemask (for example, because it causes trouble breathing), then as their caregiver, you should wear a facemask when in the same room with them. Visitors, other than caregivers, are not recommended.

Note: During a public health emergency, facemasks may be reserved for healthcare workers. You may need to improvise a facemask using a scarf or bandana.

Cover your coughs and sneezes

- **Cover:** Cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze.
- **Dispose:** Throw used tissues in a lined trash can.
- **Wash hands:** Immediately wash your hands with soap and water for at least 20 seconds. If soap and water are not available, clean your hands with an alcohol-based hand sanitizer that contains at least 60% alcohol.



Clean your hands often

- **Wash hands:** Wash your hands often with soap and water for at least 20 seconds. This is especially important after blowing your nose, coughing, or sneezing; going to the bathroom; and before eating or preparing food.
- **Hand sanitizer:** If soap and water are not available, use an alcohol-based hand sanitizer with at least 60% alcohol, covering all surfaces of your hands and rubbing them together until they feel dry.
- **Soap and water:** Soap and water are the best option, especially if hands are visibly dirty.
- **Avoid touching:** Avoid touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands.



Avoid sharing personal household items

- **Do not share:** Do not share dishes, drinking glasses, cups, eating utensils, towels, or bedding with other people in your home.
- **Wash thoroughly after use:** After using these items, wash them thoroughly with soap and water or put in the dishwasher.



NEW MEXICO
DEPARTMENT OF
HEALTH

cdc.gov/coronavirus

C514120-4 04/13/2020

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Qué hacer si contrae la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)

Si usted está enfermo con COVID-19 o sospecha que está infectado por el virus que causa el COVID-19, tome las medidas mencionadas a continuación para ayudar a prevenir que la enfermedad se propague a personas en su casa y en la comunidad.

Quédese en casa, excepto para conseguir atención médica

Debe restringir las actividades fuera de su casa, excepto para conseguir atención médica. No vaya al trabajo, la escuela o a áreas públicas. Evite usar el servicio de transporte público, vehículos compartidos o taxis.

Manténgase alejado de otras personas y de los animales en su casa

Personas: en la medida de lo posible, permanezca en una habitación específica y lejos de las demás personas que estén en su casa. Además, debería usar un baño aparte, de ser posible.

Animales: mientras esté enfermo, no manipule ni toque mascotas ni otros animales. Consulte [El COVID-19 y los animales](#) para obtener más información.

Llame antes de ir al médico

Si tiene una cita médica, llame al proveedor de atención médica y dígame que tiene o que podría tener COVID-19. Esto ayudará a que en el consultorio del proveedor de atención médica se tomen medidas para evitar que otras personas se infecten o expongan.

Use una mascarilla

Usted debería usar una mascarilla cuando esté cerca de otras personas (p. ej., compartiendo una habitación o un vehículo) o de mascotas y antes de entrar al consultorio de un proveedor de atención médica. Si no puede usar una mascarilla (por ejemplo, porque le causa dificultad para respirar), las personas que vivan con usted no deberían permanecer con usted en la misma habitación, o deberían ponerse una mascarilla si entran a su habitación.

Cúbrase la nariz y la boca al toser y estornudar

Cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar. Bote los pañuelos desechables usados en un bote de basura con una bolsa de plástico adentro; lávese inmediatamente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos o límpieselas con un desinfectante de manos que contenga al menos 60 % de alcohol, cubra todas las superficies de las manos y fróteselas hasta que sienta que se secaron. Si tiene las manos visiblemente sucias, es preferible usar agua y jabón.

Evite compartir artículos del hogar de uso personal

No debe compartir platos, vasos, tazas, cubiertos, toallas o ropa de cama con otras personas o mascotas que estén en su casa. Después de usar estos artículos, se los debe lavar bien con agua y jabón.

Límpiese las manos con frecuencia

Lávese frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos. Si no hay agua y jabón disponibles, límpieselas con un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol, cubra todas las superficies de las manos y fróteselas hasta que sienta que se secaron. Si tiene las manos visiblemente sucias, es preferible usar agua y jabón. Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar.

Limpie todos los días todas las superficies de contacto frecuente

Las superficies de contacto frecuente incluyen los mesones, las mesas, las manijas de las puertas, las llaves y grifos del baño, los inodoros, los teléfonos, los teclados, las tabletas y las mesas de cama. Limpie también todas las superficies que puedan tener sangre, heces o líquidos corporales. Use un limpiador de uso doméstico, ya sea un rociador o una toallita, según las instrucciones de la etiqueta. Las etiquetas contienen instrucciones para el uso seguro y eficaz de los productos de limpieza, incluidas las precauciones que debería tomar cuando aplique el producto, como usar guantes y asegurarse de tener buena ventilación mientras lo esté usando.

Vigile sus síntomas

Busque atención médica rápidamente si su enfermedad empeora (p. ej., si tiene dificultad para respirar). Antes de hacerlo, llame a su proveedor de atención médica y dígame que tiene COVID-19, o que está siendo evaluado para determinar si lo tiene. Póngase una mascarilla antes de entrar al consultorio. Estas medidas ayudarán a que en el consultorio del proveedor de atención médica se pueda evitar la infección o exposición de las otras personas que estén en el consultorio o la sala de espera.

Pídale a su proveedor de atención médica que llame al departamento de salud local o estatal. Las personas que estén bajo monitoreo activo o automonitoreo facilitado deben seguir las indicaciones provistas por los profesionales de salud ocupacional o de su departamento de salud local, según corresponda.

Si tiene una emergencia médica o necesita llamar al 911, avísele al personal del centro de llamadas que tiene COVID-19 o lo están evaluando para determinarlo. De ser posible, póngase una mascarilla antes de que llegue el servicio médico de emergencias.

Interrupción del aislamiento en la casa

Los pacientes con COVID-19 confirmado deben permanecer bajo precauciones de aislamiento en la casa hasta que el riesgo de transmisión secundaria a otras personas se considere bajo. La decisión de interrumpir las precauciones de aislamiento en la casa debe tomarse según cada caso en particular, en consulta con proveedores de atención médica y departamentos de salud estatales y locales.



CS314937-1 03/19/2020



www.cdc.gov/COVID19-es

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

CONSENT AND UNDERSTANDING

This consent is required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 to inform you of your rights for privacy with respect to your health care information.

Consent Related to Privacy Notice:

I have had a chance to review the Practice Privacy Notice as part of this registration process. I understand that the terms of the Privacy Notice may change and I may obtain these revised notices by contacting the practice by phone or in writing. I understand I have the right to request how my protected health information (PHI) has been disclosed. I also have the right to restrict how this information is disclosed, but this practice is not required to agree to my restrictions. If it does agree to my restrictions on PHI use, it is bound by that agreement.

Consent for Care:

I, with my signature, authorize the Public Health Office, and any employee working under the direction of the physician, to provide medical care for me, or to this patient for which I am the legal guardian. This medical care may include services and supplies related to my health (or the identified person) and may include (but not be limited to) preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitative, maintenance, palliative care, counseling, assessment or review of physical or mental status/function of the body and the sale or dispensing of drugs, devices, equipment or other items required and in accordance with a prescription. This consent includes contact and discussion with other health care professionals for care and treatment.

Consent for Telemedicine:

Telemedicine (where a healthcare provider uses videoconferencing from another site to provide care) may be used to provide and support health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data, and education. Electronic systems used will incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient identification and imaging data and will include measures to safeguard the data. I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telemedicine. I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telemedicine at any time during the course of my care without affecting my right to future care or treatment.

Consent for Release of Information and Assignment of Benefits:

I also authorize this practice to furnish information to the identified insurance carrier(s) for any and all payment activities. I consent to assign all payments for services directly to this practice. I further consent to the use for any practice operational needs as identified in the Practice Privacy Notice.

Financial Policy:

We appreciate you choosing us for your healthcare. We will adhere to the following financial policy in order to consistently deliver high quality care and services. The patient/responsible party assumes responsibility to ensure that the financial obligation is fulfilled for the health care services received.

I understand that I am responsible for all co-payments, amounts applied to deductibles, and other amounts that may be deemed my responsibility by the payment sources, as required by my contract with my insurance plan and state regulations.

- I understand that if I have an insurance co-payment, I am expected to make payment when checking in for my appointment.
- I understand that my contract with my insurance entity may or may not cover some services. All insurance policies are not the same. They vary by employer group. It is my responsibility to verify applicable coverage prior to receiving the services. For example, not all health plans include screenings as a benefit. If I seek care outside of the contract terms, I am aware that I may be responsible for all charges that are incurred.

Thank you for your understanding and cooperation with this policy. It is our privilege to provide your medical care.

I have read and understand the Consents and Financial Policy stated above and agree to accept full responsibility as described above.

Patient/Responsible Party

Date

Patient name if different from Responsible Party: _____

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

Este consentimiento es requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 para informarle sobre sus derechos de privacidad con respecto a la información del cuidado de su salud.

Consentimiento Relacionado con la Notificación de Privacidad:

He tenido la oportunidad de revisar la Notificación de Práctica de Privacidad como parte del proceso de registro. Entiendo que los términos en la Notificación de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener dichos cambios contactando la práctica por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo el derecho de solicitar cómo mi información de salud protegida (PHI) ha sido divulgada. También tengo el derecho de restringir cómo dicha información será divulgada, pero esta práctica no es requerida que esté de acuerdo con mis restricciones. Si no está de acuerdo con las restricciones del uso de mi PHI, está obligada por este acuerdo.

Consentimiento para el Cuidado:

Yo, con mi firma, autorizo a la Oficina de Salud Pública, y a cualquiera de sus empleados trabajando bajo la dirección de un médico, a proveer cuidado médico a mi persona, o al paciente del cual soy guardián legal. Este cuidado médico puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud (o el de la persona identificada) y puede incluir (pero no limitado a) cuidado preventivo, diagnóstico, terapéutico, rehabilitativo, de seguimiento, paliativo, consejería, evaluaciones o verificación del estado/función físico o mental del cuerpo y la venta o despacho de drogas, aparatos, equipo u otras cosas necesarias y en conformidad con una receta médica. Este consentimiento incluye contacto y discusión con otros profesionales de la salud para cuidado y tratamiento.

Consentimiento para Telemedicina:

Telemedicina (donde un proveedor del cuidado de la salud utiliza videoconferencia desde otro lugar para ofrecer cuidados) puede ser utilizada para ofrecer y apoyar la entrega de cuidados de salud, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de información médica, y educación. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán redes y protocolos para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente, información de imagen, e incluirán medidas para salvaguardar la información. Yo entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también aplican a la telemedicina. Yo entiendo que tengo el derecho a negar o retirar mi consentimiento a utilizar telemedicina en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento sin afectar mi derecho a cuidados o tratamientos futuros.

Consentimiento para la Divulgación de Información y Asignación de Beneficios:

También autorizo a esta práctica a proporcionar información a la agencia aseguradora identificada para cualquier y todas las actividades de pago. Autorizo a que asignen todos los pagos por servicios recibidos directamente a esta práctica. Yo también consiento al uso de cualquiera de las necesidades operacionales de práctica como están identificadas en la Notificación de Práctica de Privacidad.

Política Financiera:

Apreciamos que nos haya escogido para el cuidado de su salud. Seguiremos las siguientes políticas financieras para poder proveer consistentemente un cuidado y servicio de alta calidad. El/la paciente/persona responsable asume la responsabilidad de asegurarse que la obligación financiera ha sido satisfecha por los servicios del cuidado de la salud recibidos.

- Entiendo que soy responsable de todos los copagos, cantidades aplicadas a los deducibles, y otras cantidades que sean consideradas como mi responsabilidad por las fuentes de pago, como requerido en mi contrato con mi plan de seguros y regulaciones estatales.
- Entiendo que si tengo un copago en el seguro se espera que haga el pago cuando asista a mi cita.
- Entiendo que el contrato con mi entidad aseguradora puede o no cubrir algunos servicios. Todas las políticas de seguros no son iguales. Ellas varían por grupo empleador. Es mi responsabilidad verificar la cubierta aplicable antes de recibir los servicios. Por ejemplo, no todos los planes de salud incluyen pruebas de detección como un beneficio. Si busco cuidados fuera de los términos de contrato, estoy consciente de que podría ser responsable de todos los cargos incurridos.

Muchas gracias por su entendimiento y cooperación con esta política. Es nuestro privilegio poder ofrecerle cuidado médico.

He leído y entendido los Consentimientos y Política Financiera descritos aquí y accedo a aceptar toda la responsabilidad como está descrito.

Paciente/Persona Responsable

Fecha

Nombre del paciente si es diferente a la Persona Responsable: _____



December 1, 2017

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Your Rights Regarding Your Health Information

Right to Inspect and Copy

You have the right to see and receive a copy, including an electronic copy if available, of the health information we have about you. To inspect and request a copy your health information at a single NMDOH location, you may contact that location and ask for help from that location's Local Privacy Officer or medical records personnel. If you want to see your health information and it is in more than one NMDOH location, or if you are unsure of the location, you must write to the NMDOH Chief Privacy Officer.

If you want paper copies, we may charge you for the costs of copying and mailing the information to you. If you ask for a copy of the information in electronic format, we may charge you for the cost of staff time to respond to your request. If you agree to a summary or an explanation instead of copies, we may charge you a fee for preparing the summary or explanation that you have agreed to in advance, and the cost of mailing it if not sent by electronic mail. We may deny your request in special circumstances. If we deny your request to see your health information you may ask us why and ask for a review of our decision. A licensed health care professional chosen by us will review your request and the denial. The person who reviews the denial will not be the same person who originally denied your request. We will do whatever the reviewer recommends.

Right to Request a Correction

If you feel that health information we have about you is not right or is incomplete, you may ask us to correct it. You have the right to ask for a change for as long as the information is kept by or for NMDOH. To ask for a correction, you must write to the NMDOH Chief Privacy Officer. You must give us a reason that supports your request. We may deny your request for a correction if it is not in writing or does not include a reason to support the request. We may also deny your request if you ask us to change information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the corrections;
- Is not part of the health information kept by or for us; and
- Is correct and complete.

Right to an Accounting of Certain Disclosures

NMDOH keeps track of certain disclosures of your health information. You may request an accounting of those

disclosures by writing to the NMDOH Chief Privacy Officer. Your request must state a time period, which may not be longer than six years, and may not include disclosures made before April 14, 2003. Tell us how you want the accounting (for example, on paper or by email). We will give you one accounting a year for free. We may charge you for the accounting if you make more than one request in a 12-month period. You can decide to take back your request if you decide the charge is more than you want to pay.

Right to Notice of Unauthorized Access, Use or Disclosure of Health Information

You have the right to be notified by us if we ever learn that the confidentiality of your information has been breached. We will promptly notify you upon learning of this violation of confidentiality and provide you with information about what happened, the type of information involved, steps you can take to protect yourself from potential harm, what we are doing to investigate the matter and protect against further releases, and contact information for you if you have questions or want additional information.

Right to Request Restrictions on Use or Disclosure of Health Information

You have the right to request that we limit the health information we share about you. This could include information that you do not want shared with family members who are involved in your care. For example, you could ask us not to disclose information about a treatment or prescription you received. We must agree with your request if the restriction is about information disclosed to a health plan to receive payment or for health care operations (but not treatment) and about a health care item or service that the health care provider has been paid out-of-pocket in full. We do not have to agree to other requests. If we do agree, we will do what you ask us to do unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To ask for limits or restrictions on your health information from a NMDOH location where you are currently receiving treatment, request assistance from that NMDOH location's Local Privacy Officer. If you ask for limits or restrictions on your health information that is at more than one NMDOH location, or if you are unsure, you must write to the NMDOH Chief Privacy Officer telling us:

- What information you want to limit;
- Whether you want to limit our use, disclosure or both;
- Who you want the limits to apply to (for example, disclosures to your spouse).

NMDOH101A-1010

If you have requested a restriction to limit the health information we use or share, and we have agreed to that restriction, you also may withdraw that restriction by writing to the NMDOH Chief Privacy Officer.

Right to Request Confidential Communications You have the right to ask that we communicate with you about your health information other than by mailing that health information to you, or to ask that we send communications to you about your health information to the address you request. We will grant your request if possible.

Right to a Paper Copy of This Notice

You have the right to a paper copy of this notice at any time by asking for one at any NMDOH office or treatment location. You also may get a copy of this notice at our website, www.nmhealth.org.

Complaints

If you believe your privacy rights have been violated, you may complain to the NMDOH Chief Privacy Officer, or you may file a complaint with the Office of Civil Rights, Region VI. Should you ever file a complaint, it will not be held against you or any member of your family.

Additional Information

If you have questions regarding this notice or for further information, write to the NMDOH Chief Privacy Officer.

To contact the chief privacy officer, write or call:

**CHIEF PRIVACY OFFICER
OFFICE OF THE SECRETARY
NM DEPARTMENT OF HEALTH
PO Box 26110
SANTA FE, NM 87502
505-827-2613**

Information About This Notice

We may change this notice at any time. We may make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will display a copy of the current notice in our treatment sites. The notice will show the effective date on the first page. Each time you come to a NMDOH facility for treatment or health care services, you may ask for a copy of our current Notice of Privacy Practices. If we change our notice, we will provide the revised notice to you. The revised notice will be available in all of our treatment locations and on our website, www.nmhealth.org.



Revised NMDOH Privacy Policy

Effective September 2017

The New Mexico Department of Health is required by law to keep your health information private and to tell you our legal duties and privacy practices.

What kinds of information do we collect?

We may collect some or all of the following information about you: your name, address, birth date, some financial information and information about your health. We may also ask you for your medical history, medications you may be taking and any health problems you may have.

What do we do with this information?

We use information about you to help in your treatment. The people taking care of you may discuss your information with others who are also involved in your health care. We may also share some of your information to receive payment or to help us in providing quality health care.

Who else can see your information?

We can release information about you if it is necessary to prevent or control the spread of a disease. We may have to give information to the police or to the courts if we are ordered to do so.

What are your rights?

You have the right to see your health information and to receive a copy. We may charge you for making copies. If you think there are mistakes in your information, you can ask us to make corrections. You have the right to know who we have shared your information with and why. You can ask us NOT to share certain parts of your health information. You also have the right to be notified by us if we ever learn of an unauthorized access, use or disclosure of your information.

What do you do if you have a complaint?

If you think your privacy rights have not been respected, you can complain to the **NM Department of Health Chief Privacy Officer, PO Box 26110, Santa Fe, NM 87502** or you can file a complaint with the **Office of Civil Rights, Region VI, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202**. Should you ever file a complaint, it will not be held against you or any member of your family.

More detailed information about your privacy rights is enclosed in this brochure.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



Your Privacy Matters to Us



Revised Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can access it. Please review carefully.

How the New Mexico Department of Health May Use or Disclose Your Health Information

Treatment

The people who provide health care services to you will use information about you to determine how best to care for you. We may share health information about you to provide the services you may need such as physical examinations, nutritional services, medications and prescriptions or hospitalization. We also may disclose health information about you to people outside the New Mexico Department of Health (NMDOH) who may be involved in your medical care such as family members, physicians or others who provide part of your care.

Payment

NMDOH may share information about you with your health plan or insurance company to receive payment for our services. For example, we may need to give information about a clinical exam or immunizations you received (or your child received) to your health plan, so it will pay us or pay you back for the treatment or services we provided. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive, so they can agree to pay for it.

Health Care Operations

We may use your health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may combine health information about many patients to decide whether additional services should be offered, what services are not needed and whether certain new treatments and services are effective. We may share information with doctors, nurses, technicians, medical interns and other NMDOH staff for learning purposes. We may com-

pare your health information with health information from other care providers to see where we can make improvements in the care and services we offer. Sometimes we will remove your name from information, so others may use it and other patients' information to study our health care services.

Appointment Reminders and Information

We may call or write to you to remind you that you have an appointment for treatment or medical care. We may tell you about health-related benefits or services that may be of interest to you.

Facility Directory

We may include some information about you in a patient directory for a NMDOH facility while you are a patient at the facility. This may include your name, location in the facility or hospital. The directory information about you may also be given to visitors who ask for you by name. You have a right to limit your inclusion in this directory.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care

We may give information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who helps pay for your care. If you are receiving treatment and services in a NMDOH facility, we may also tell your family or friends involved in your care about your condition.

Veterans and Specialized Government Functions

If you were a member of the US Armed Forces, we may release health information about you as required by the Veterans' Administration. We also may release information about you for specialized functions, such as security and military activities.

As Required by Law

We will share health information about you when required to do so by federal, state or local law.

Public Health Risks

We will share health information about you for public health reasons as required by federal or state law:

- To prevent or control disease, injury or disability;
- To report child abuse or neglect;
- To report reactions to medications or other problems with products;
- To notify people of recalls on products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for catching or spreading a disease or condition;
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient or client has been the victim of abuse, neglect or domestic violence;
- To prevent a serious threat to health or safety.

Health Oversight Activities

We may share health information for accreditation, audits, investigations, inspections, and licensure. This is necessary for the government to monitor the health care system, government programs and laws.

Lawsuits and Other Disputes

If you are involved in a lawsuit or other legal dispute, NMDOH may share health information about you in response to a court or administrative order. We may also share health information about you in response to a subpoena or other lawful process by someone else involved in the dispute. We will only do so if you have been told about the request and you have had the chance to object to the release of the information or to get an order protecting the information requested.

Law Enforcement

We may share information about you if a law enforcement official asks us to, and federal and state laws and regulations allow us to:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;

- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at a NMDOH location;
- In emergency circumstances to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime; and
- About a death we believe may be the result of criminal conduct, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Medical Investigators, Coroners and Funeral Directors

We may give health information to the medical investigator or authorized coroner. For example, this information may be necessary to identify a deceased person or to determine the cause of death. We may release protected health information to funeral directors as necessary for them to carry out their duties.

Inmates

If you are an inmate of a correctional institution, or under the custody of a law enforcement official, we may release health information about you to the correctional institution or law enforcement official. This may be necessary for the institution to provide you with health services, to protect your health or safety or the health and safety of others, or for the safety and security of the correctional institution.

Other Uses of Health Information

We will not use or share health information about you for any other reason without your written permission. You understand that we cannot take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to keep our records of the care that we provided to you.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ACKNOWLEDGMENT FORM

The Health Insurance Portability Act of 1996 requires health agencies to provide a Notice of Privacy Practices to all persons receiving services. This form acknowledges that you have received the New Mexico Department of Health Notice of Privacy Practices.

CLIENT	Client Name (First, Middle, Last)	Date of Birth (mm/dd/yyyy) / /
	Client Address (Street or P.O. Box, City, State, Zip Code)	Telephone Number ()

I acknowledge that I was offered or provided a copy of the New Mexico Department of Health (NMDOH) Notice of Privacy Practices.

SIGNATURES	Signature of Client or Personal Representative	Date (mm/dd/yyyy) / /
	If Signed by Personal Representative, Relationship to Client	

- ☐ Acknowledgment entered into Chief Privacy Officer Database.
- ☐ The following good faith efforts were made to obtain acknowledgment from the client or the client's personal representative. Please check all that apply.
- ☐ Offered the client or the client's personal representative a copy of the Notice of Privacy Practices and the client or the client's personal representative declined to sign the Acknowledgment Form.
- ☐ Provided answers to any questions from the client or the client's personal representative regarding the NMDOH Notice of Privacy Practices.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Sus Derechos Relacionados a la Información de Su Salud

Derecho a Inspeccionar y Recibir Copias

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia, incluyendo una copia electrónica, de la información de su salud que tenemos, si está disponible. Para inspeccionar y solicitar una copia de su información de salud en una localidad *NMDOH*, usted puede contactar la localidad y pedir ayuda al Oficial Local de Privacidad o al personal de los archivos médicos. Si usted desea ver su información de salud, pero está en más de una localidad *NMDOH*, o si no está seguro de la localidad, usted tendrá que escribirle al Director de Privacidad *NMDOH*.

Si usted desea copias en papel, podríamos hacerle un cargo por el costo y envío de las copias de la información. Si usted solicita una copia de la información en formato electrónico, podríamos hacerle un cargo por el costo del tiempo del personal que responda a su solicitud. Si usted accede a un resumen o a una explicación en vez de las copias, le podríamos hacer un cargo por preparar el resumen o explicación la cual usted accedió en antelación, y por el costo del envío en caso de no ser electrónicamente. Podríamos denegar su solicitud en circunstancias especiales. Si denegamos su solicitud de ver su información de salud, usted puede preguntarnos la razón por qué y pedir una revisión de nuestra decisión. Un profesional de la salud autorizado escogido por nosotros verificará su solicitud y deniego. La persona que verifique la denegación no será la misma persona la cual denegó su solicitud inicialmente. Nosotros haremos lo que el evaluador recomiende.

Derecho a Solicitar una Corrección

Si usted siente que la información de salud que tenemos de usted no es correcta o está incompleta, usted nos puede pedir que la cambiemos. Usted tiene el derecho de pedir un cambio, siempre y cuando la información sea retenida por y para *NMDOH*. Para pedir una corrección, usted tiene que escribirle al Director de Privacidad *NMDOH*. Usted nos tiene que dar una razón que apoye su solicitud. Nosotros podríamos denegar su solicitud de una corrección si no está hecha por escrito o no incluye una razón que apoye su solicitud. También podríamos denegar su solicitud si usted nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para hacer las correcciones;
- No es parte de la información de salud mantenida por o con nosotros; y
- Es correcta y completa.

Derecho a Recolección de Ciertas Revelaciones

NMDOH mantiene seguimiento de ciertas revelaciones de su información de salud. Usted puede solicitar una recolección de dichas revelaciones por escrito al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Su solicitud tiene que establecer un periodo de tiempo, que no puede ser mayor a seis años, y no podrán incluir revelaciones hechas antes de 14 de abril de 2003. Díganos cómo quiere usted las recolecciones (por ejemplo, en papel o por correo electrónico). Le daremos una recolección anual gratuita. Podríamos hacerle un cargo por recolección si usted hace más de una solicitud en un periodo de 12 meses. Usted puede decidir retirar su solicitud si decide que el cargo es más de lo que usted está dispuesto a pagar.

Derecho a Notificación de Acceso No Autorizado, Uso o Revelación de la Información de Salud

Usted tiene el derecho a ser notificado por nosotros en caso que sepamos que la confidencialidad de su información ha sido violada. Le notificaremos prontamente a la vez que sepamos de la violación de confidencialidad y le proveeremos con la información de qué sucedió, el tipo de información envuelta, pasos que usted puede tomar para protegerse de daño potencial, qué estamos haciendo para investigar el asunto y protegerle de futuras revelaciones, y la información de contacto para usted en caso de que tenga preguntas o quiera información adicional.

Derecho a Solicitar Restricciones en el Uso o Revelación de Información de Salud

Usted tiene el derecho a solicitar que se limite su información de salud compartida. Esto puede incluir información que usted no quiera que sea compartida con miembros de su familia que están envueltos en su cuidado. Por ejemplo, usted nos puede pedir que no revelemos información acerca de un tratamiento o medicamento que usted recibió. Tenemos que estar de acuerdo con su solicitud si la restricción es acerca de información revelada a un plan de salud para recibir pago o por operaciones del cuidado de la salud (pero no por tratamiento) y acerca de un elemento del cuidado de la salud o servicio que el proveedor del cuidado de la salud ha sido saldado fuera de su bolsillo. No tenemos que estar de acuerdo con otras solicitudes. En caso de que estemos de acuerdo, haremos lo que usted nos diga que hagamos a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Para preguntar por los límites o restricciones en su información de salud en una localidad *NMDOH* donde usted recibe tratamiento actualmente, solicite asistencia del Oficial Local de Privacidad *NMDOH*. Si usted pregunta por los límites o restricciones de su información de salud que está en más de una localidad *NMDOH*, o si no está seguro, usted tiene que escribirle al Jefe de Privacidad *NMDOH* diciéndonos:

- Qué información usted quiere limitar;
- Si usted quiere limitar nuestro uso, revelación, o ambas;
- A quién usted quiere que los límites apliquen (por ejemplo, restricciones a la pareja).

NMDOH101A-1010

Si usted ha solicitado una restricción para limitar la información de salud que utilizamos o compartimos, y hemos accedido a dicha restricción, usted también puede retirar la misma escribiéndole al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho a preguntar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios diferentes al correo, o pedimos que enviemos comunicaciones acerca de su información de salud a la dirección que usted solicite. Le concederemos su solicitud si es posible.

Derecho a una Copia en Papel de esta Notificación

Usted tiene el derecho a una copia de papel de esta notificación en cualquier momento pidiendo una en cualquiera de las oficinas *NMDOH* o localidades de tratamiento. Usted también puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, www.nmhealth.org.

Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja al Jefe de Privacidad *NMDOH*, o puede archivar una queja con la Oficina de Derechos Civiles, Región VI. En caso de que usted archive una queja, ésta no será retenida en su contra o en contra de cualquier miembro de su familia.

Información Adicional

Si usted tiene preguntas en relación a esta notificación o para información adicional, escriba al Jefe de Privacidad *NMDOH*.

Para contactar al Jefe de Privacidad, escriba o llame:

**CHIEF PRIVACY OFFICER
OFFICE OF THE SECRETARY
NM DEPARTMENT OF HEALTH
PO Box 26110
SANTA FE, NM 87502
505-827-2613**

Información Acerca de Esta Notificación

Podríamos cambiar esta notificación en cualquier momento. Podríamos hacer una revisión o cambiar la notificación efectiva para información de salud que tenemos de usted tanto como cualquier información recibida en el futuro. Pondremos una copia de la notificación actual en nuestros lugares de tratamiento. La notificación mostrará la fecha efectiva en la primera página. Cada vez que usted vaya a una facilidad *NMDOH* para tratamiento o servicios de cuidado de salud, usted puede pedir una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestra notificación, le proveeremos la notificación revisada. La notificación revisada estará disponible en todas nuestras localidades de tratamiento y en nuestro sitio web, www.nmhealth.org.



**Política de Privacidad
Revisada**

Efectiva septiembre de 2017

El Departamento de Salud de Nuevo México está requerido por ley a mantener su información de salud privada y de informarle nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad.

¿Qué clase de información colectamos?

Podríamos coleccionar alguna o toda la siguiente información acerca de usted: su nombre, dirección, fecha de nacimiento, alguna información financiera e información acerca de su salud.

¿Qué hacemos con esta información?

Utilizamos la información de su salud para ayudarle en su tratamiento. Las personas cuidando de usted podrían discutir su información con otros quienes están envueltos en su cuidado de salud. También podríamos compartir su información para recibir pagos o para ayudarle a usted en proveerle cuidado de salud de calidad.

¿Quién más puede ver su información?

Nosotros podremos liberar información acerca de usted en caso de que sea necesaria para prevenir o controlar la propagación de una enfermedad. Podríamos tener que darle información a la policía o las cortes si se nos es ordenado hacer.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted tiene el derecho de ver su información de salud y de recibir una copia. Podríamos hacerle un cargo por hacer las copias. Si usted entiende que hay errores en su información, usted puede pedirnos que hagamos las correcciones. Usted tiene el derecho de saber con quiénes hemos compartido su información y por qué. Usted nos puede pedir que NO compartamos ciertas partes de su información de salud. Usted también tiene el derecho de ser notificado en caso de que sepamos de algún acceso no autorizado, uso o revelación de su información.

¿Qué puede hacer usted en caso de tener una queja?

Si usted cree que sus derechos no han sido respetados, usted puede quejarse con **NM Department of Health Chief Privacy Officer, PO Box 26110, Santa Fe, NM 87502** o usted puede archivar una queja con **Office of Civil Rights, Region VI, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202**. Si usted ha archivado una queja en algún momento, ésta no será retenida en su contra o en contra de cualquiera de sus familiares.

Más información detallada acerca de sus derechos de privacidad está adjunta en este folleto.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



Su Privacidad Nos Importa



Notificación Revisada de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser utilizada y revelada y cómo usted puede accederla. Por favor revise cuidadosamente.

Cómo el Departamento de Salud de Nuevo México Podría Utilizar o Revelar Su Información de Salud

Tratamiento

Las personas que le proveen servicios del cuidado de la salud utilizarán su información para determinar el mejor cuidado para usted. También podríamos compartir su información de salud para proveer los servicios que usted pudiera necesitar tales como exámenes físicos, servicios nutricionales, medicamentos y prescripciones u hospitalización. También podríamos revelar su información de salud a personas fuera del Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH) que puedan estar envueltas en su cuidado médico tales como miembros de la familia, doctores u otros quienes proveen parte de su cuidado.

Pagos

NMDOH podría compartir su información con su plan médico o compañía de seguros para recibir pagos por nuestros servicios. Por ejemplo, necesitaríamos dar información a su plan médico acerca de un examen clínico o vacunas que usted recibió (o que su niño recibió), para que nos paguen o para que le paguen a usted por el tratamiento o servicios recibidos. También le podríamos decir a su plan acerca de un tratamiento que usted recibirá, para que ellos accedan a pagar por el tratamiento.

Operaciones del Cuidado de la Salud

Podríamos utilizar su información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuidándole a usted. Podríamos combinar la información de salud de muchos pacientes para decidir si es necesario añadir servicios adicionales y si ciertos tratamientos y servicios nuevos son efectivos. Podríamos compartir información con doctores, personal de enfermería, técnicos, médicos internos y otro personal NMDOH para propósito de aprendizaje. Podríamos compartir su información de salud con otros proveedores del cuidado para ver dónde podríamos hacer mejoras en el cuidado y servicios que ofrecemos.

A veces removeremos su nombre de la información, para que otros puedan utilizarla junto con la de otros pacientes para estudiar nuestros servicios del cuidado de la salud.

Recordatorio de Citas e Información

Podríamos llamarle o escribirle para recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico. Podríamos decirle acerca de beneficios o servicios relacionados a la salud que puedan ser de interés para usted.

Directorio de Facilidades

Podríamos incluir alguna información suya en el directorio de pacientes para una localidad NMDOH mientras usted es un paciente allí. Esto podría incluir su nombre, localización de la facilidad u hospital. La información del directorio se le podría dar a los visitantes quienes preguntan por usted por nombre. Usted tiene el derecho de limitar su inclusión en este directorio.

Individuos Envueltos en Su Cuidado o Pagando por Su Cuidado

Podríamos dar información de usted a algún amigo o miembro de la familia que está envuelto en su cuidado médico. Podríamos también darle información a alguien que ayude a pagar por su cuidado. Si usted está recibiendo tratamiento y servicios en una facilidad NMDOH, podríamos decirle a su familia o amigos envueltos en su cuidado acerca de su condición.

Veteranos y Funciones Gubernamentales Especializadas

Si usted fue un miembro de las Fuerzas Armadas de los EU, podríamos divulgar información de su salud como lo requiere la Administración de Veteranos. También podríamos divulgar información acerca de usted para funciones especializadas, tales como seguridad y actividades militares.

Como Requerido por Ley

Compartiremos su información de salud cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.

Riesgos a la Salud Pública

Compartiremos su información de salud cuando por razones de salud pública sea requerido por ley federal o estatal:

- Para mantener o controlar enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para reportar abuso o negligencia de menores;
- Para reportar reacciones a medicamentos u otros problemas con productos;
- Para notificar a personas del retiro de productos que puedan estar utilizando;
- Para notificar a una persona quien haya sido expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contagio o propago de una enfermedad o condición;
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente o cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.

Actividades de Supervisión de Salud

Podríamos compartir información de salud para acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Esto es necesario para que el gobierno monitoree el sistema del cuidado de la salud, programas y leyes gubernamentales.

Demandas y Otras Disputas

Si usted está envuelto en una demanda u otra disputa legal, NMDOH podría compartir su información de salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa. Podríamos también compartir su información de salud en respuesta a una citación u otro proceso legal por cualquiera otro envuelto en la disputa. Lo haremos solo si usted ha sido informado de la solicitud y si usted ha tenido la oportunidad de objetar a la publicación de la información u obtener una solicitud de orden de protección de información.

Cumplimiento de la Ley

Podríamos compartir su información si un oficial del cumplimiento de la ley nos pregunta, y si las leyes y regulaciones federales y estatales nos lo permiten:

- En respuesta a una orden de la corte, citación, mandato, emplazamiento o procesos similares;

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de una víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no somos capaces de obtener su acuerdo;
- Acerca de una muerte que creemos ha sido el resultado de conducta criminal;
- Acerca de conducta criminal en una localidad NMDOH;
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la localización del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen; y
- Acerca de una muerte que creemos puede haber sido el resultado de una conducta criminal, la localización del crimen o víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

Investigadores Médicos, Médicos Forenses y Directores Funerales

Podríamos dar información de salud al investigador médico o médico forense autorizado. Por ejemplo, esta información podría ser necesaria para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Podríamos liberar información de salud protegida a directores funerales como sea necesario para que ellos puedan cumplir con sus funciones.

Reclusos

Si usted es un recluso en una institución correccional, o bajo la custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podríamos liberar su información de salud a la institución correccional o al oficial del cumplimiento de la ley. Esto podría ser necesario para que la institución le provea con los servicios de salud, para proteger su salud o la seguridad y salud de otros, o para la seguridad y protección de la institución correccional.

Otros Usos de la Información de Salud

No utilizaremos o compartiremos su información de salud por ninguna otra razón sin su permiso escrito. Usted entiende que no podemos regresar ninguna revelación que hayamos hecho con su permiso, y que estamos requeridos a mantener en nuestros archivos del cuidado que le ofrecemos.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



Aviso sobre la Privacidad de las Prácticas de Salud

FORMA DE RECONOCIMIENTO

La ley de 1996 llamada Health Insurance Portability Act requiere que las agencias de salud den a conocer el Aviso sobre la Privacidad de las Prácticas de Salud (o secreto profesional) a todas las personas que reciban servicios. Esta forma es para reconocer que usted ha recibido el Aviso sobre la Privacidad de los Procedimientos de Salud del Departamento de Salud.

PACIENTE	Nombre del Paciente (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
	Dirección del Paciente (No. y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Número del Teléfono ()

Yo reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Privacidad de las Prácticas de Salud del Departamento de Salud de Nuevo México expedida el 14 de abril de 2003.

FIRMAS	Firma del Paciente o su Representante Personal	Fecha (mes/día/año)
	Si es firmado por un Representante Personal, indique la relación con el Paciente	

Solamente Para Uso Interno

- ☐ Reconocimiento ingresado en el banco de datos del Jefe de Privacidad.
- ☐ Los siguientes esfuerzos, en buena fe, fueron hechos como forma de obtener el reconocimiento del paciente o de su representante. Por favor, marque todos los que aplican:
- ☐ Se ofreció al paciente o su representante personal una copia del Aviso sobre la Privacidad de las Prácticas de Salud y el paciente o su representante se negaron a firmar la Forma de Reconocimiento.
- ☐ Se respondieron todas las preguntas del paciente o de su representante personal sobre el Aviso de la Privacidad de las Prácticas de Salud del NMDOH (New Mexico Department of Health).

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

END OF DOCUMENT